THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
MENTION : MÉDECINE

373

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juillet, à 1 heure.

Par Mlle Olga PETROVSKAIA

CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DE LA GROSSESSE
DÉVELOPPÉE DANS UNE
Corne Utérine Rudimentaire

Président : M. RIBEMONT-DESSAIGNES, professeur ;
Juges : MM. THOINOT, professeur ;
BALTHAZARD et BRINDEAU, agrégés.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON,
10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	PierreDELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA SŒUR MARIE

En témoignage d'affection et d'amitié

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR POTOCKI

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ

ACCOUCHEUR DES HOPITAUX

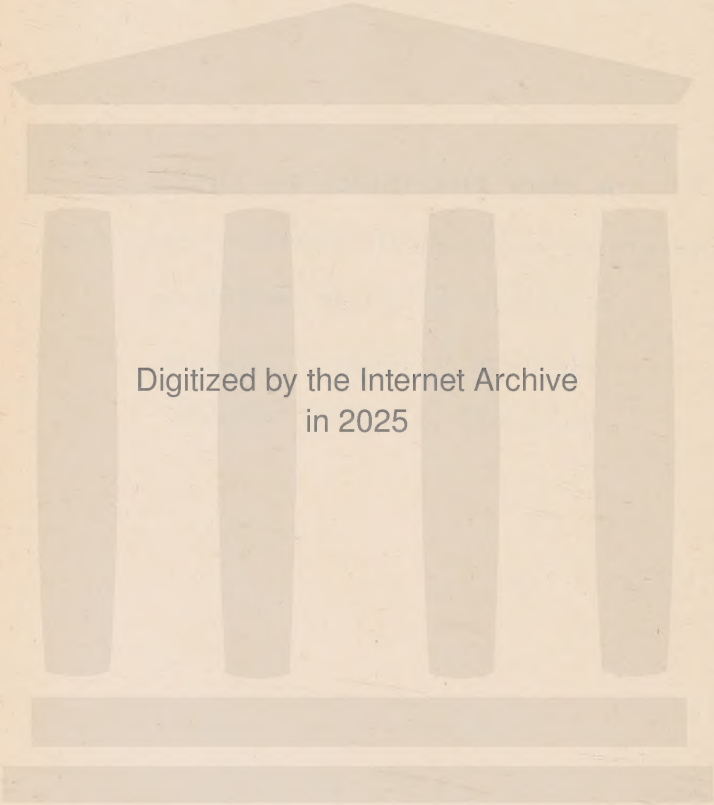
A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RIBEMONT-DESSAIGNES

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DE L'HOPITAL BEAUJON


Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/contributionletu0000vari_v7e2

INTRODUCTION

Au moment de terminer nos études médicales, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre vive reconnaissance aux maîtres qui ont guidé nos premiers pas en médecine et auxquels nous devons notre instruction et notre éducation professionnelle.

C'est un devoir pour nous des plus agréables à remplir que d'adresser nos remerciements à MM. les Professeurs Reclus, Quénu et Pozzi qui nous ont enseigné les premiers principes de la chirurgie et de la gynécologie.

M. le Professeur Kirmisson, dans les remarquables leçons professées à la consultation du jeudi à l'hôpital des Enfants-Malades, nous a permis d'acquérir des notions indispensables de chirurgie infantile et d'orthopédie.

Nous prions M. Thiroloix, professeur agrégé à la Faculté, Médecin de la Pitié, de vouloir bien agréer l'hommage de toute notre reconnaissance.

Nous avons compris toute l'importance, pour le diagnostic et la thérapeutique, des données fournies par la clinique quand on sait leur joindre les résultats des re-

cherches modernes de laboratoire, en écoutant au lit du malade, les exposés lumineux de M. Widal, Professeur agrégé à la Faculté, Médecin de l'Hôpital Cochin.

C'est à M. Potocki, Professeur agrégé à la Faculté, Accoucheur des hôpitaux, que nous devons le sujet de cette thèse.

Les cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire sont, comme nous le verrons, relativement rares, le diagnostic en est des plus difficiles; et nous avons eu la rare fortune, en suivant le service de M. Potocki, de le voir porter dans un cas des plus intéressants, ce diagnostic de probabilité et dont l'opération qui a suivi ne devait pas tarder à prouver le bien fondé. Cette observation a récemment paru dans la thèse de notre confrère M. Perrochon (1). Suivant les conseils de notre maître, nous avons recherché dans la littérature étrangère, surtout russe, si de pareils cas avaient été signalés, quelle était habituellement leur allure clinique et les conditions du diagnostic.

Nous tenons à remercier tout particulièrement M. Potocki des conseils éclairés qu'il a bien voulu nous donner à cette occasion, et de la bienveillance qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

M. le Professeur Ribemont-Dessaignes a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre vive gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait.

(1) *Thèse de Paris*, juin 1909.

HISTORIQUE

Pendant de longues années, on ne trouve dans aucun traité d'obstétrique la description de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

C'est vers 1843 que Rokitansky publie la première observation sur ce sujet. Il s'agissait d'une femme âgée de 24 ans, enceinte de 4 mois, qui meurt de rupture utérine; à l'autopsie, on reconnaît que l'on a eu affaire non à une grossesse extra-utérine, mais à une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

Avant cette date, des faits analogues avaient bien été observés par les auteurs, mais publiés sous un autre titre. C'est ainsi qu'on en retrouve des descriptions dans les cas qualifiés de grossesse extra-utérine.

Pour Kussmaul, c'est en 1681 qu'il faudrait faire remonter le premier cas publié. Dionis, en effet, croyant se trouver devant une grossesse extra-utérine, présenta cette année l'observation d'une femme âgée de 20 ans, enceinte de 6 mois, ayant eu à cette époque de sa grossesse une rupture utérine, dont elle mourut; il donne en détail la description de la poche fœtale et les rapports existant entre cette poche et les annexes. Kussmaul pense qu'il

faut classer ce cas parmi les grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire. Pour Kehrer, la première observation appartient à Vassal-Mauriceau; elle était prise en 1669. (*Traité des maladies des femmes grosses*, par François Mauriceau, 3e édit. Paris 1681, p. 81).

Cette grossesse était prise par Mauriceau pour une grossesse interstitielle, et par Vassal comme une grossesse développée dans une corne de l'utérus « adjunctus ». D'après leur description il s'agirait d'une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire (Kehrer).

En 1854, Scanzoni publie l'observation d'une femme âgée de 34 ans, multipare, ayant déjà eu 4 grossesses, enceinte de 4 mois et demi environ, qui mourut rapidement à la suite d'une rupture utérine. L'étude des pièces montre l'existence d'une corne rudimentaire gauche, dans laquelle s'était développée la grossesse.

Mais ce n'est guère que vers 1859, que la question commence à être sérieusement étudiée. Küssmaul fait paraître son travail magistral sur les « Malformations de l'utérus ». Il essaie de rechercher s'il n'y a pas eu des cas de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, mais qui auraient été publiés sous un autre titre. Il trouve 12 observations dans la plupart desquelles le diagnostic exact ne fut pas porté; il y a eu confusion avec les grossesses extra-utérines.

Plus tard, Werth, Wiener, font quelques publications sur ce sujet. Enfin Kehrer, dans sa thèse de 1899, étudie longuement cette question. Il a réuni 82 cas de grossesses de ce genre.

***

Avant de commencer l'étude de la grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, nous devons dire quelques mots sur le développement de l'utérus, afin de faire comprendre ce qu'on entend par corne rudimentaire.

L'utérus résulte de la fusion de deux canaux de Müller Ceux-ci, une fois réunis, se soudent, puis peu à peu la cloison qui les sépare disparaît, en commençant par le bas.

Si l'un des canaux subit une atrophie ou un arrêt de développement, il en résultera un utérus réduit à une de ces moitiés: *uterus unicornis;* mais supposons que l'arrêt de développement ne soit pas complet, alors nous aurons un utérus à deux cornes de grandeur différente. Cette corne qui provient du canal de Müller mais est plus ou moins incomplètement développée, a reçu le nom de « *rudimentaire* »; elle peut communiquer ou non avec la cavité de l'autre corne.

Quel nom donnera-t-on à cet utérus?

Les uns, entre autres Küssmaul, le considèrent comme un utérus unicorne avec une corne rudimentaire; d'autres, comme Turner, Ruge et Sänger font remarquer qu'il s'agit en réalité d'un utérus bicorne dont l'une des cornes moins développée que l'autre, est restée rudimentaire.

Cette distinction n'offre d'ailleurs aucune importance dans l'étude que nous désirons faire (Tarnier et Budin, vol. II).

La corne rudimentaire peut communiquer avec la ca-

vité de la corne principale par un orifice plus ou moins large comme nous en citons quelques observations au cours de ce travail; ou elle peut ne pas communiquer et être réunie avec la corne principale à l'aide d'un pédicule. Le développement de la grossesse est tout à fait différent dans ces deux cas.

Dans le premier cas, la grossesse peut plus fréquemment se terminer par un accouchement normal (cas de Natanson, de Frank-Wasburn). Parfois on observe des présentations vicieuses, (cas de Fruhinsholz, Chirié et J. Fourmestraux); ou la grossesse se termine par avortement (cas de Natanson). La délivrance est le plus souvent incomplète; même on est obligé quelquefois de faire le curettage. La corne principale s'hypertrophie et contient de la caduque.

Quant au diagnostic, c'est d'ordinaire après l'expulsion du fœtus qu'on constate que la grossesse s'était développée dans une corne utérine rudimentaire. Mais elle peut bien être confondue dans la première moitié de la grossesse avec la grossesse extra-utérine (cas de Natanson).

Le travail peut être plus prolongé dans ce cas-là, à cause des présentations vicieuses; mais le pronostic dans la majorité des cas reste bon.

Nous allons rapporter quelques observations trouvées dans les publications médicales, relatives à des cas de grossesses développées dans des cornes utérines rudimentaires communiquant avec la corne utérine principale.

I. Cas de Natanson. (In extenso).

(*Travaux de la société gyn. de Moscou* 1907, page 130).

Femme âgée de 25 ans, toujours bien portante; réglée à 17 ans; premières règles très douloureuses; règles toutes les 3 semaines; durée, 3 jours; non douloureuses; peu abondantes; il y a 5 mois, elle a eu un avortement de 4 mois. Dernières règles il y a 2 mois. Entrée à l'hôpital (le 9 décembre 1902), à cause des douleurs dans le bas-ventre, surtout du côté droit. A l'examen: pigmentation sur la ligne médiane du ventre; à la palpation, le flanc droit est douloureux; on ne constate pas de tumeur. Les seins sont hypertrophiés.

Toucher vaginal: col en arrière, ramolli; non augmenté de volume; utérus en antéflexion; augmenté de volume, dévié à gauche, mobile. A droite de l'utérus, on sent une tumeur allongée, régulière, sensible. Température normale.

Diagnostic: grossesse extra-utérine sans rupture.

Laparatomie: le 18 décembre 1902.

On se trouve en présence d'un utérus bicornis, unicollis; une des cornes est gravide de 2 mois; l'autre a l'apparence d'un utérus de forme normale et d'une consistance molle. Les annexes existent des deux côtés et ont une disposition symétrique. On n'enlève aucun organe, et on se contente de suturer la paroi abdominale et la femme fut guérie; elle n'a plus eu de douleurs dans le ventre; elle accoucha à terme, spontanément.

Ainsi il y avait eu une erreur de diagnostic, la grossesse dans une corne utérisie rudimentaire avait été prise pour une grossesse extra-utérine.

II. Cas de Natanson. (In extenso).

(*Travaux de la société gyn. de Moscou,* 1904, page 132).

Femme, 45 ans; 18 grossesses, 13 à termes; 1 de 7 mois; 4 avortements de 3 mois; 8 enfants vivants, nourris au sein maternel.

Entrée à l'hôpital le 15 novembre 1903 à cause des hémorragies qu'elle avait depuis quelques mois; elle se croyait enceinte depuis le mois de juin; le 18 juillet: hémorragie légère; le 20 août: avortement, mais après l'avortement, l'hémorragie continua jusqu'au 30 octobre et disparut alors.

A l'examen des organes génitaux externes, rien d'anormal, sauf les grandes lèvres qui sont très hypertrophiées.

Toucher vaginal. — Col de l'utérus augmenté de volume, mou; orifice béant; le col se continue avec le corps de l'utérus qui est augmenté de volume, de consistance normale; tout de suite, à gauche de l'isthme commence un autre corps, ayant la forme d'un utérus qui est très augmenté de volume; grâce à la minceur de la paroi abdominale très flasque, on sent très facilement les annexes du côté droit et du côté gauche.

Température normale.

Diagnostic. — Utérus bicornis unicollis; avortement dans la corne gauche au mois d'août; rétention secondaire. On fait le curettage. On constate que les cavités sont communiquantes.

Dans ce cas nous constatons l'avortement dans une corne utérine, on est obligé de faire le curettage. Cette femme avait eu 13 grossesses à terme; 4 avortements de 3 mois. Probablement elle avait des avortements chaque fois que l'œuf se développait dans la corne moins développée.

III. Cas de Franck Washburn (Résumé).

(*Annales of Gynecology and Pediatry. Boston* 1905).

Femme, 25 ans, primipare, réglée à 13 ans; les règles étaient toujours très douloureuses; elle souffrait pendant les règles surtout du côté gauche. Elle a été opérée le 2 juillet 1902; on lui a enlevé la cloison qui divisait le vagin; après anesthésie, on put se rendre compte qu'il s'agissait d'un utérus bicorne avec col unique.

Dernières règles le 20 juillet 1903.

A l'examen: On constate une grosse masse ayant l'apparence d'un utérus en état de gestation, occupant surtout la partie gauche et supérieure de la cavité abdominale. A droite, les petites parties fœtales; en haut, un corps dur qui est la tête. On ne sent pas le siège. Les bruits du cœur ne sont pas perçus.

Cependant, les mouvements fœtaux sont bien marqués.

Toucher vaginal. — Le canal vaginal est très large, sauf dans la région profonde où le calibre devient plus étroit par suite de la sclérose cicatricielle de la paroi consécutive à l'ancienne opération. Il est difficile d'atteindre le col, et c'est avec peine que l'on arrive à sentir son orifice étroit.

On sent, en outre, une petite masse à côté de l'utérus, plutôt à droite et en arrière; c'est une seconde corne. Il s'agit bien, dans ce cas, d'une grossesse développée dans la corne gauche.

14 avril. — Rupture de la poche des eaux à 8 heures du matin, accompagnée de fortes douleurs. Présentation en O. I. G. A. A 3 heures de l'après-midi, la malade est prise brusquement d'une crise convulsive, avec opistotonos, cyanose de la face, écume à la bouche et morsure de la langue. L'examen des urines révèle des traces d'albumine. La malade raconte avoir eu, autrefois,

plusieurs accès semblables, ce qui fait supposer l'hystérie ou l'épilepsie.

18 avril. — Le soir: pouls 120; temp. 38°3; grandes douleurs abdominales.

19 avril. — Douleurs fortes; délire; on fait une injection de morphine. Pouls 140; Temp. 37,3. Dilatation complète à 6 heures du matin; à 9 heures, pouls 160.

Sous l'anesthésie par l'éther, on fait une application de forceps sur la tête au périnée.

Enfant du sexe masculin pesant 8 livres, vient au monde en état d'asphyxie et ne fut rappelé à la vie que quelques minutes après. Le placenta qui était adhérent, fut extrait avec beaucoup de difficulté. Après la délivrance, on put voir l'hypertrophie sympathique de la corne qui n'avait pas participé à la grossesse.

Cette observation est donc celle d'une grossesse développée dans une corne utérine et arrivée à terme. On est obligé d'appliquer le forceps à cause de la crise convulsive.

IV. Cas de Chirié et Fourmestraux (Résumé).

(*Bulletin de la Société d'obst. de Paris* 1906).

Femme, 31 ans, accouche d'un enfant vivant en présentation du siège. Au moment de la délivrance artificielle, on constate l'existence de deux cavités utérines et on reconnaît ainsi la malformation utérine. Cette femme meurt d'ictère grave. A l'autopsie, on trouve un utérus bicornis unicollis; les annexes sont normales. Dans la corne gauche on trouve la caduque en voie de mortification et d'élimination.

V. Cas de Fruhinsholz. (Résumé).

(*Revue prat. d'obst. et de pœd.* 1906).

Femme, 29 ans, secondipare, réglée à 18 ans, très irrégulièrement au début; règles abondantes et douloureuses.

Première grossesse, 1904; présentation de l'épaule, transformation en sommet, accouchement prématuré à 7 mois et demi. Rétention d'une partie du chorion. Deuxième grossesse 1905, vomissements pendant un jour au cours du premier mois; présentation du siège; transformation en sommet; accouchement spontané. Délivrance artificielle; les membranes sont adhérentes.

Après l'expulsion du fœtus, on constate, à côté de l'utérus, une autre tumeur bloquée dans la fosse iliaque gauche dure, régulière, du volume d'un poing d'adulte; cette tumeur subit l'évolution ascensionnelle. Par le toucher vaginal on constate deux cavités. La corne non gravide est tapissée par une caduque très épaisse.

Il s'agit aussi dans ce cas d'un utérus à deux cornes. Dans ces deux cas, nous observons des présentations vicieuses qui sont dues à la malformation utérine.

∴

Maintenant, nous allons étudier le développement de la grossesse dans une corne utérine rudimentaire sans communication avec la cavité utérine principale et qui est réunie à la corne bien formée à l'aide d'un pédicule.

Ce pédicule est parfois mince et long, parfois court et épais, mais généralement plein, c'est-à-dire qu'aucun canal ne le traverse; il isole par conséquent dans ce cas la

cavité de la corne rudimentaire de celle de la corne principale. Dans de nombreux cas, on a pu pratiquer l'examen histologique du pédicule sans pouvoir y trouver de canal.

Certains auteurs, comme Ingleby, par exemple, pensent qu'au début, le canal existe dans le pédicule, mais qu'il s'oblitère ensuite après la conception: le moment où a lieu cette oblitération du canal est difficile à connaître. Pour Turner et Küssmaul, le canal était oblitéré avant la grossesse.

Une question se pose: Comment la fécondation peut-elle se produire dans une corne utérine rudimentaire ne communiquant pas avec la cavité principale?

Quand cette corne communique largement avec la cavité utérine, l'acte de la fécondation s'explique aisément: le spermatozoïde arrive par la cavité utérine; l'ovule descend de la trompe qui aboutit à la corne utérine rudimentaire. Les rapports du ligament rond, de la trompe de Fallope et de l'ovaire avec les ligaments larges dans des cas semblables demeurent tels qu'ils existent quand il s'agit d'un utérus bien conformé.

Mais il est difficile d'expliquer la rencontre de l'ovule et du spermatozoïde quand la communication entre les deux cavités utérines n'existe pas.

Les observations de Schrœder et d'autres auteurs ont montré que l'orifice de communication peut réellement faire défaut et la fécondation avoir lieu par la voie péritonéale: un spermatozoïde traverse la corne bien développée et va féconder un ovule provenant de l'ovaire correspondant; cet ovule fécondé est recueilli par la trompe

du côté opposé qu'il conduit dans la corne rudimentaire (*supermigration externe de l'œuf*). Dans d'autres cas, c'est le spermatozoïde qui chemine sur le péritoine et va féconder un ovule du côté opposé, (*supermigration externe du sperme*). (Ribemont-Dessaignes et Lepage, *Précis d'obstétrique*, 6e édit. 1904).

Dans ce dernier cas, le corps jaune sera trouvé sur l'ovaire situé du même côté que la corne où s'est développée la grossesse. D'après Wilskin, il peut se faire que le corps jaune se voit sur l'ovaire opposé à la corne gravide, c'est-à-dire que, par exemple, si la grossesse s'est développée dans la corne utérine rudimentaire gauche, on trouvera le corps jaune de cette grossesse sur l'ovaire droit.

L'ovule fécondé s'implante sur un point quelconque de la corne rudimentaire. La muqueuse s'hypertrophie rapidement, elle se développe en somme comme le fait la muqueuse utérine dans la grossesse normale. Les parois deviennent très épaisses au point où la corne rudimentaire s'unit au pédicule; elles sont plus minces au voisinage de la trompe. Les annexes sont disposées latéralement; elles subissent une hypertrophie considérable.

La corne bien développée est presque toujours en déviation; elle participe à l'hypertrophie de la corne gravide; il se forme une caduque qui la tapisse intérieurement; le col présente un ramollissement comme dans la grossesse normale.

La grossesse se développe donc dans la corne utérine rudimentaire; la femme peut ne rien ressentir de particulier; elle est enceinte et peut croire qu'elle a une grossesse normale. Parfois cependant, elle a des vomissements

fréquents, et elle peut percevoir les mouvements actifs plus haut que de coutume. Mais la grossesse continue à se développer et le plus souvent, il arrive un moment où les parois du sac qui contient l'œuf, n'ont plus la résistance nécessaire pour le maintenir; d'autre part, elles ne peuvent plus se distendre. Une rupture utérine se produit à l'endroit le moins résistant, c'est-à-dire au voisinage de la trompe; le fœtus fait irruption dans la cavité abdominale. Il peut mourir instantanément à cause du décollement du placenta ou de la rupture du cordon ombilical. Mais dans certains cas. (Seregnikoff-Ott. Walther-Hannes), le fœtus continue à vivre dans la cavité abdominale; dans ce cas-là, le cordon est assez long; il peut suivre le fœtus sans se rompre, et le placenta rester adhérent aux parois du sac. Ainsi, dans le cas de Seregnikoff-Ott, le fœtus vécut dans la cavité abdominale 19 jours, dans le cas de Walther-Hannes, 4 mois.

La déchirure siège toujours sur le pôle supérieur du sac, c'est-à-dire sur le point moins résistant. Comme causes de la rupture, on considère tout ce qui peut augmenter la pression abdominale (Kehrer) : vomissements, montée des escaliers, défécation, etc., peuvent déterminer la rupture du sac.

La femme peut mourir brusquement, à cause de l'hémorragie foudroyante consécutive à la déchirure du sac. Mais parfois elle présente du collapsus pendant un certain temps, enfin des convulsions terminales; ces signes peuvent égarer le diagnostic; on peut prendre, en effet, la rupture du sac gravide pour un empoisonnement (cas de

Canestrini. Dreyer. A l'autopsie, on trouve une corne gravide rompue).

Dans certains cas, l'hémorragie interne consécutive à la rupture est tout à fait insignifiante. La femme éprouve brusquement une douleur vive dans le ventre; puis cette douleur disparaît peu à peu, et, au bout de quelques jours, elle ne sent que des douleurs vagues.

Dans ces conditions, si on opère, on ne trouve pas de sang dans la cavité abdominale. C'est ainsi que dans le cas de Seregnikoff qui fit la laparatomie 19 jours après la rupture, on ne trouva que du liquide amniotique venu de la poche fœtale. Walther-Hannes a fait la même constatation, 4 mois après la rupture.

De plus, on ne voit jamais se former d'hématocèle rétro-utérine comme cela existe après la rupture de la grossesse extra-utérine.

Cette hémorragie insignifiante peut s'expliquer, comme dit Kehrer, ou par la vascularisation insignifiante de la partie de paroi déchirée, ou par la rupture lente, en sorte que les petits vaisseaux du voisinage auraient eu le temps d'être trombosés; ou, au contraire, par la rapidité extrême de la déchirure, pendant laquelle le placenta pourrait être décollé et rejeté du sac, la corne se contractant rapidement.

D'après Kehrer, dans 39 cas sur 82, la rupture se produit

1 fois au 2e mois
5 — au 3e —
15 — au 4e —

5 — au 5e —

6 — du 3e, 4e (ou 3-5 mois).

4 — au 6e.

1 — au 7e, 8e ou 9e mois.

En consultant ce tableau, nous voyons que le plus souvent la rupture se produit vers le quatrième ou le cinquième mois. Dans les cas publiés dans ces derniers temps nous constatons la même chose (Cas de Walther-Hannes, Seregnikoff et Conrad).

D'autre part, les autres observations montrent que le sac peut bien supporter la pression et rester intact.

Dans ce cas, pour Kehrer, l'expulsion du fœtus ne peut pas se produire spontanément, s'il y a même un étroit canal qui traverse le pédicule et fait communiquer les deux cavités des cornes. Ordinairement, le fœtus meurt à cause, peut-être, de la compression des vaisseaux du placenta et du cordon, et reste inclus dans la cavité de la corne pendant longtemps, pendant même des années (Cas de Pfeffinger-Fritze, 30 ans).

Lorsque l'enfant est resté vivant jusqu'à terme, on peut voir souvent se produire un faux travail (cas de Turner et Walther-Hannes), puis les battements du cœur cessent et l'enfant succombe.

En opérant la femme quelque temps après la mort du fœtus, on le trouve le plus souvent légèrement macéré; parfois il subit les phénomènes de la momification et très rarement les infiltrations calcaires lithopédion. Dans quelques cas (cas d'Ott), on observe une adhérence extrême entre les téguments du fœtus et les parois du sac, au microscope seulement on peut les distinguer.

Cette rétention du fœtus dans l'abdomen peut être indiquée, non seulement par la présence d'une tumeur qu'on confond souvent avec un kyste de l'ovaire (cas de Natanson) ou un fibrome; mais par les phénomènes généraux de l'intoxication due à la résorption du liquide amniotique et d'autres produits de l'œuf; enfin par cachexie qui conduit la femme à la mort.

Nous reproduisons l'observation de Natanson, sur un cas de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, mais qui avait été confondue avec un kyste de l'ovaire jusqu'au moment de l'opération.

Cas de Natanson. (In extenso).

(*Travaux de la société gyn. de Moscou,* p. 128, 1904).

Femme, âgée de 34 ans, entre à l'hôpital le 29 février 1899 à cause des douleurs dans le ventre et dans la région lombaire, dont elle souffrait depuis un an. Du mois de février au mois de juillet 1898, il y eut un arrêt complet des menstrues; celles-ci reviennent sans douleurs et peu abondantes et persistent jusqu'au mois d'octobre; puis de nouveau il y eut aménorrhée complète pendant 3 mois, période après laquelle, la femme fut réglée régulièrement. Les dernières menstrues furent observées pendant son séjour à l'hôpital. Pendant les derniers jours, elle éprouve des douleurs très fortes dans l'abdomen; elle fut traitée par des injections vaginales, mais sans succès.

On ne notait rien de particulier dans ses antécédents personnels, sauf une légère infection après le dernier accouchement.

Réglée à 16 ans, aucune douleur au moment des périodes

menstruelles qui revenaient toutes les 4 ou 5 semaines, duraient 2 à 3 jours; peu abondantes.

Elle a eu 6 grossesses; accouchements spontanés à terme. La dernière grossesse ayant eu lieu il y a 2 ans 1/2.

A l'examen: l'inspection de l'abdomen ne présente rien d'anormal.

A la palpation: tumeur allongée, régulière, rénitente dont les mouvements sont légèrement limités. Les organes génitaux externes ne présentent rien d'anormal.

Toucher vaginal: col de l'utérus augmenté de volume, mou, dévié en arrière; l'orifice présente une fente transversale, légèrement entr'ouvert. Utérus en rétroversion, incliné un peu à droite, de volume et de consistance normaux; sa mobilité est complète.

Le cul-de-sac antérieur était occupé par une tumeur située en avant et à gauche de l'utérus, du volume d'une tête de fœtus, de forme un peu ovalaire, et mobile surtout de droite à gauche. On ne causait aucune douleur à la palpation.

On n'arrivait à sentir ni les trompes, ni les ovaires. La température était normale.

Diagnostic: kyste de l'ovaire du côté gauche.

Laparatomie, 3 mars 1899. On trouve un utérus normal, dévié un peu à droite, et on sent, à gauche de l'utérus, une tumeur ayant l'aspect d'un utérus gravide de 4 mois, réunie à l'utérus à l'aide d'un pédicule très épais.

Les annexes et les ligaments ronds sont placés symétriquement de chaque côté de cette tumeur et de l'utérus. Résection du sac; ligature du pédicule.

Dans la cavité du sac on trouve un fœtus de 4 mois, macéré.

Macroscopiquement on n'a pas vu l'orifice qui faisait communiquer une cavité avec l'autre.

La guérison fut complète.

Observation du prof. Ott. (In extenso).

Un cas de grossesse dans une corne utérine rudimentaire droite. Laparatomie après la mort du fœtus. Guérison.

(Vrach n° 49 1898).

Femme, 38 ans, réglée à 16 ans, régulièrement toutes les 4 semaines; durée 2 à 3 jours; 4 grossesses normales. Depuis le mois de novembre 1897 elle se croit enceinte, parce qu'elle n'a pas eu ses règles dans le temps déterminé; le ventre est augmenté de volume depuis; dans le cours du 6e mois, elle sent les mouvements fœtaux. Jusqu'au mois de mai 1898, elle se porte bien; au commencement du mois de juin, elle éprouve de grands malaises, puis de nouveau elle se trouve bien. Les seins sont augmenté un peu de volume.

Elle n'a pas ses règles pendant 11 mois, puis celles-ci réapparaissent, mais très douloureuses, et durant 3-4 jours.

Pendant cette période, son entourage s'aperçoit de la diminution du volume du ventre. Le tour de taille, de 93 c. est maintenant de 86 c.

Toucher vaginal: On sent très bien l'utérus de volume normal et très mobile. A côté de l'utérus, une tumeur qui est réunie à la corne droite de l'utérus à l'aide d'une sorte de corde très épaisse; son volume correspond à celui d'un utérus gravide de 7 à 8 mois. La consistance des parois rappelle aussi celle de l'utérus gravide; grâce à la présence d'une quantité suffisante du liqui-

de, on peut déterminer le ballottement; on distingue la tête et les petites parties; mais ni mouvements fœtaux, ni bruits du cœur.

La mobilité de la tumeur est limitée de droite à gauche. En arrière et à gauche de l'utérus on sent une masse ronde du volume d'un œuf de pigeon environ qui est prise tout d'abord pour l'ovaire.

Diagnostic: grossesse extra-utérine probablement ovarienne.

La corde qu'on sent au niveau de la corne droite de l'utérus, est considérée comme la trompe hypertrophiée. Comme la malade était considérée comme atteinte de grossesse ectopique, ayant atteint à peu près son terme normal, arrêtée dans son développement depuis quelques mois et comme en même temps elle se plaignait de la gêne prsistante apportée par la présence de cette tumeur abdominale, on lui propose une opération qu'elle ne voulut pas accepter.

On revoit la malade 3 mois après; elle se décide à être opérée.

Au nouvel examen, on trouve que le sac fœtal est diminué; on ne sent plus les petites parties; le ballottement a disparu. La malade se portait comme avant.

Laparatomie: Incision sur la ligne médiane. Le péritoine présente des adhérences considérables. On incise la plupart des adhérences; on fait pénétrer la main dans la cavité abdominale et on fait sortir le sac fœtal qui n'est pas adhérent aux organes voisins. Le pédicule qui était pris pour la trompe est incisé et lié; il est très épais, mais ne contient pas de canal; il semble formé de tissu musculaire. Le sac a la forme d'un œuf, de forme moins régulière.

Le pédicule de la tumeur était réuni au côté droit de l'utérus à apparence normale qui est situé à gauche.

La trompe de Fallope se trouvait accolée à la tumeur enlevée.

L'ovaire droit est enlevé, ainsi que l'annexe du côté gauche qui présentait des lésions.

Seize jours après l'opération, la malade est guérie.

A l'examen de la tumeur enlevée, on trouve une sorte de ligament qui s'élargit en se dirigeant vers l'ovaire, et à cette extrémité on peut distinguer les franges. L'autre extrémité s'unit avec les parois du sac fœtal. En faisant la coupe on pouvait introduire facilement une sonde et se convaincre de la présence d'un canal dont l'une des extrémités s'ouvre dans la région de l'ovaire, l'autre dans le sac.

Microscopiquement, on a trouvé tous les caractères de la structure de la trompe de Fallope. Ainsi, l'examen macroscopique et microscopique a montré qu'il s'agissait bien de la trompe de Fallope.

On a trouvé une autre corde située parallèlement à la première, mais plus mince; à la coupe on ne lui trouve pas de lumière; elle a un rapport plus intime avec le sac fœtal. C'est le ligament rond.

On ne trouve pas de corps jaune sur l'ovaire qui se trouve à l'endroit où la trompe se termine.

Après l'incision du sac on constate que ses parois sont très adhérentes aux téguments du fœtus; c'est seulement au microscope qu'on détermine les limites entre le tissu du fœtus et celui du sac.

Enfant du sexe masculin, développement normal, présentant les caractères du fœtus à terme.

Le placenda est le cordon sont normaux, il n'y a pas de liquide amniotique; l'amnios est très décollable des autres parties. Le fœtus est très aplati et déformé.

La présence d'un pédicule qui unit le sac au côté droit de l'utérus, le fait qu'on peut suivre la trompe dans tout son trajet et que celle-ci vient se continuer avec le sac fœtal sont des preuves qu'il s'agit en réalité d'une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

Observation de Scheffzeck (In extenso)

(Archv. f. gynœk. 1907, p. 422)

Il s'agit d'une femme âgée de 21 ans, primipare, toujours bien portante et bien réglée, dont les règles duraient 3 à 4 jours, qui depuis le mois de février 1904 se croit enceinte, parce que celles-ci se sont arrêtées. Au cours du premier mois de la grossesse, elle avait des vomissements, mais qui s'arrêtèrent vers le milieu du mois de juillet. Elle sentit alors les mouvements fœtaux. Mais depuis un mois elle ne les constate plus, et depuis 2 jours éprouve des douleurs très fortes dans le ventre, qui la font entrer à l'hôpital.

A l'examen de la malade, on trouve dans la région pelvienne une tumeur dure, ayant la forme d'un utérus gravide et qui remonte jusqu'à 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. On ne sent pas les parties fœtales. Les bruits fœtaux du cœur ne sont pas perçus.

Toucher vaginal: col entr'ouvert. Dans la cavité utérine on trouve une masse dure comme dans l'avortement incomplet. A la palpation combinée au toucher, on trouve un utérus en antéflexion, à gauche, et mobile par rapport à la tumeur. On enlève avec une curette la masse sentie dans la cavité utérine, et en examinant au microscope, on voit qu'elle est constituée par des caillots de sang et de la caduque.

La longueur de la cavité utérine, 12 c. Température 38,5, pouls 100; albumine dans les urines.

Diagnostic: grossesse extra-utérine avec le fœtus mort.

Le soir la température est 39.

Laparatomie. Incision sur la ligne médiane. A l'ouverture de la cavité abdominale, on voit une tumeur ayant l'aspect d'un utérus gravide, qui occupe une place prépondérante dans la cavité abdominale; cette tumeur a une forme ovalaire, à surface régulière. Il n'y a pas d'adhérences péritonéales, et la tumeur est réunie au côté droit de l'utérus par un pédicule. Elle est recouverte en partie par le péritoine pelvien. L'utérus est rejeté à gauche. Les annexes du côté gauche ne présentent pas de lésions. La tumeur est extirpée. La malade guérit. Les règles font de nouveau leur apparition régulièrement. Après quelques mois la malade revient avec une hémorragie inquiétante; on constate un avortement incomplet.

Examen des pièces enlevées. — Le pédicule est examiné macroscopiquement et microscopiquement; on ne lui trouve aucune lumière. Ainsi donc les deux cavités de la corne et de l'utérus ne communiquaient pas. Le sac enlevé est de forme sphérique. On l'incise, le liquide amniotique s'échappe, puis on observe un fœtus du sexe féminin pesant 1870 g., aplati et comprimé. Les parois du sac ne présentent pas partout la même épaisseur; elles sont plus épaisses au niveau de l'insertion du pédicule sur la corne principale, et très minces au pôle supérieur du sac et au niveau de l'insertion du placenta. L'examen microscopique a montré que les parois de cette poche sont constitués par un tissu analogue au tissu utérin. Le ligament rond qui suit la paroi latérale du sac a l'épaisseur du petit doigt. La longueur de la trompe est de 9 c. La longueur de l'ovaire 4 c., sa lar-

geur 2 c.; il ne présente pas de lésions. Le placenta occupe la paroi postérieure du sac. La paroi la plus épaisse du sac est libre de toute insertion. Le placenta est tellement adhérent à la paroi qu'au microscope même on reconnaît facilement ce qui appartient à l'un et à l'autre. Le cordon est long de 18 c.; il est aplati et présente une insertion vélamenteuse. La corne principale est tapissée par la caduque; la cavité est augmentée.

La mort du fœtus s'explique par la compression qu'il exerçait par sa présence sur les sinus du placenta et les vaisseaux ombilicaux. La température résultait de la résorption des produits infectieux au niveau de la corne.

Dans trois autres observations, il s'agit des grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire, mais qui se terminèrent par la rupture du sac, vers la fin du quatrième mois.

Un cas de grossesse ectopique par Walther-Hannes

(Résumé) (Monatsschrift für geburt u Gyn. 1905, p. 356

Femme 25 ans. Au mois de juillet 1902 accouchement spontané à terme; enfant vivant. Au commencement de juillet 1903 elle avait ses dernières règles. Au cours des premiers mois les vomissements sont bien fréquents. Dans le quatrième mois de la grossesse elle ressent des douleurs vives dans l'abdomen qui s'atténuaient au bout de trois jours, mais persistent sous forme de douleurs vagues. Les mouvements du fœtus ont été perçus par la malade jusqu'à la fin du mois de mai 1904, époque à laquelle elle cesse de les percevoir. Elle commence alors à ressentir les douleurs du travail. La température est très élevée.

A l'examen de cette femme, on constate une tumeur dans l'abdomen qui remontait jusqu'au-dessus de l'ombilic; la grande circonférence de l'abdomen présentait 88 c. Du côté gauche, une masse de consistance très dure; du côté droit, la même chose.

Au toucher vaginal: on ne trouve rien de précis, seulement l'utérus est en rétroversion.

Laparatomie: On ouvre le ventre; on voit que le fœtus recouvert d'une mince membrane; on fait l'extraction par les pieds; on coupe le cordon, et suivant le cordon, on cherche le placenta qu'on trouve au-dessus de la vessie, à côté de l'utérus; avec le placenta se trouve une portion des membranes qui se décollent très facilement; le placenta s'insère sur une partie du sac qui se trouve à droite de l'utérus; du tiers externe de cette poche part le ligament droit très hypertrophié, qui se dirige vers l'orifice interne du canal inguinal. Les parois de cette poche sont formées de tissu musculaire et très vascularisées. Les bords de cette poche déchirés étaient adhérents au péritoine.

On enlève le placenta, le sac, et on fait la ligature des vaisseaux. L'enfant est du sexe masculin, pèse 2.700 g., a une longueur de 53 cent. circonférence de la tête 33 c. La mort est récente.

L'examen microscopique et macroscopique de cette poche; la présence latérale du ligament rond et de l'annexe sont autant de faits, prouvant qu'il s'agit d'une grossesse à terme, développée dans une corne rudimentaire. Cette corne s'est rompue dans le quatrième mois de la grossesse, quand la femme a senti une vive douleur dans l'abdomen. Les douleurs vagues pendant tout le temps de la grossesse s'expliquent par la formation des adhérences péritonéales; le fœtus continuant à vivre après la rupture, puisque la femme sentait les mouvements jus-

qu'à la fin du mois de mai. Au cours de l'opération on trouva un fœtus qui ne présentait aucun phénomène de macération.

Cas de Conrad (*Journal de chirurgie.* Bruxelles 1906)

Femme, 21 ans, ménagère, multipare, premières règles à 14 ans; toujours régulièrement réglée, jusqu'il y a 4 mois, époque à laquelle la menstruation se montre pour la dernière fois; a présenté tous les signes de la grossesse sans en éprouver cependant de grands malaises. Le 13 mars, cette personne se trouvait à son travail, a senti subitement, vers 10 heures du soir, une violente douleur dans le ventre, comparable à un coup de couteau. Elle se promène dans son jardin pendant quelques minutes, puis en rentrant, a un vomissement, une syncope. Le médecin appelé l'envoie à l'hôpital.

A son entrée dans le service, deux heures environ après sa première douleur, on la trouve exsangue, la face pâle, anémiée, le pouls petit, filiforme, imperceptible.

A l'examen: col petit, ramolli, peu de sang; l'utérus de volume normal et à côté une tumeur vaguement perceptible. Matité dans les flancs.

Diagnostic: grossesse extra-utérine rompue.

On pratique aussitôt la laparotomie médiane et on trouve épanchée dans le ventre une quantité telle de sang rouge, de gros caillots, qu'il semblait que toutes les artères de l'organisme avaient versé leur contenu dans la cavité abdominale.

Une toilette rapide permet de retrouver, perdu au milieu des anses intestinales, l'œuf tout entier, les membranes intactes contenant le fœtus et le liquide amniotique est tout proche; l'utérus rompu, largement ouvert et rétracté.

Mais en cherchant les points de repaire pour pratiquer l'hystérectomie abdominale totale, on trouve, à côté de l'utérus rompu, un second utérus intact, de volume normal et intimement soudé au premier. L'état précaire de la malade ne permettant pas un long examen, on enlève rapidement le segment traumatisé et on referme le ventre en maintenant le drainage abdominal. L'intervention n'avait pris qu'un petit quart d'heure.

L'examen de la pièce enlevée démontre qu'il s'agissait d'un utérus bicorne gravide, rompu au quatrième mois.

La trompe et l'ovaire sont en situation normale sur la corne réséquée. La corne gauche, la trompe, l'ovaire gauche ont été laissés dans l'abdomen. Le cathétérisme de l'utérus restant démontre que le col est petit, la cavité utérine normale, non cloisonnée, et mesurant 7 c. et demi de profondeur.

La corne rompue est fortement rétractée sur le placenta, encore tout entier au fond de la cavité. On ne peut immédiatement après l'intervention remettre l'œuf en place, dans sa loge, et le recouvrir de lambeaux formés par la déchirure, tous les tissus ayant perdu leur élasticité.

Cette contraction persistante explique ce fait que l'hémorragie provoquée par la rupture n'a pas eu de suite fatale immédiate, ne s'étant pas reproduite.

Cas de Seregnikoff (In extenso) (*Travaux de la société gyn. de St-Pétersbourg*) (*T. VII* 1898)

Femme, 27 ans, réglée à 15 ans, régulièrement tous les 30 jours, durée 4 à 5 jours. Primipare, dernières règles du 20 au 24 juin 1896. Elle se croit enceinte, se porte bien; elle ne se rappelle pas avoir perçu de mouvement fœtal à cette époque. Le 27 jan-

vier 1897 elle ressent des douleurs insupportables au-dessus de l'ombilic, surtout pendant les mouvements fœtaux.

A l'examen: faiblesse, amaigrissement, nausée, vomissements, constipation. A la base du cœur souffle systolique. Pouls 100 110. Pas d'albumine. Abdomen moyennement augmenté de volume; à la palpation, sensible; dans le flanc droit, une saillie d'une consistance molle; on entend un souffle maternel; du côté gauche, une autre saillie ayant la forme d'un utérus. Au-dessus de l'ombilic et un peu à droite, les petites parties fœtales et des mouvements actifs; à gauche, le siège; le dos tourné à gauche; la tête est au détroit supérieur. On entend les bruits du cœur du fœtus à gauche. Les petites parties fœtales sont perçues facilement, comme si elles se trouvaient immédiatement dans le péritoine. On ne trouve pas le ligament rond du côté gauche; mais on sent très bien une sorte de corde qui se dirige vers le canal inguinal droit. Organes génitaux externes et seins normaux.

Toucher vaginal: Utérus, en antéflexion et dévié un peu à gauche; col, petit; orifice entr'ouvert; les parois utérines sont très minces. Il est difficile de préciser s'il existe des connexions entre la tumeur et l'utérus. Dans le cul-de-sac postérieur et le droit, on sent la tête. On explore la cavité utérine; on la trouve vide; égale, 13 à 15 c.; pas de communication avec la poche contenant le fœtus. Les parois de cet utérus tapissées de caduque.

Diagnostic: grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

Comme la malade ressentait des douleurs violentes dans l'abdomen, des nausées, vomissements, constipation, pouls rapide;

état général, mauvais, on suppose la péritonite. (La malade n'avait pas de symptômes d'une rupture, ni de l'hémorragie interne).

Température élevée.

Laparatomie. On voit que le siège du fœtus se trouve librement dans la cavité abdominale; il fut extrait par le pied. On trouve des adhérences entre la poche et le grand épiploon; le péritoine, hypertrophié et couvert d'exsudats. Cette poche, libre d'adhérences péritonéales à droite, est du côté gauche adhérente à l'anse sigmoïde, à l'annexe gauche et à la paroi postérieure de l'utérus. Cette poche est unie à l'utérus à droite; de l'angle part le ligament rond qui se dirige vers le canal ingninal; il n'y a pas d'annexes droites. Le placenta se trouvait sur la face postérieure de la poche.

On résèque cette poche un peu au-dessous de l'insertion du placenta et on l'enlève avec lui. Mais une grande partie reste encore dans l'abdomen; on la suture en haut et draine par la voie vaginale. Quelques jours après il se produisit une oblitération de cette poche. Il ne persiste qu'un certain épaississement du côté droit, et la femme guérit.

L'enfant du sexe masculin, pesait 2800 g. et respirait encore, mais ne criait pas, et au bout de 6 heures, mourut.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de cette forme particulière de grossesse est des plus difficiles; on le comprend, et dans un grand nombre de cas, ne peut être porté qu'au cours d'une laparatomie ou après autopsie.

Avant les premières études qui ont paru sur ces cas, l'examen des pièces anatomiques même ne permettait pas de faire le diagnostic différentiel avec la grossesse tubaire et surtout avec la grossesse interstitielle.

On voit donc que dans tous les cas, ce diagnostic offre de grandes difficultés et qu'il convient de montrer comment la clinique peut, dans certains cas, y faire songer, et comment, d'autre part, l'examen des pièces, après intervention, permet de le vérifier. Il est d'ailleurs important de faire remarquer que dans tous les cas, l'erreur n'a qu'une importance relative. Le diagnostic posé, qu'il soit celui d'une grossesse tubaire, interstitielle, ou le diagnostic exact de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, comporte, en effet, les mêmes indications thérapeutiques.

Il existe, cependant, un certain nombre de signes cliniques qui doivent faire songer à cette forme. Sänger, le premier, en 1884, pensa à une grossesse développée dans

une corne utérine rudimentaire, après avoir examiné attentivement sa malade. Seregnikoff et Ott ont pu également, dans un cas dont nous avons d'ailleurs rapporté l'observation, porter un diagnostic exact.

Nous allons maintenant montrer les signes d'ensemble qui ont pu diriger ces auteurs dans cette voie. La présence d'un col très court, un segment inférieur élargi transversalement, la minceur particulière des parois du segment inférieur qui correspondait au sac, sont déjà des signes de valeur. De plus, le fond de l'utérus, dans la région de l'insertion des trompes, n'est pas réuni au sac. A l'exploration de la cavité utérine, on voit qu'elle ne communique pas avec la cavité du sac.

Enfin, la présence d'une corde, le ligament rond, d'une épaisseur considérable du côté droit du sac, qui se dirige vers l'orifice interne du canal inguinal.

Pour d'autres auteurs, la sensation de la diminution de l'épaisseur des parois du sac de bas en haut, l'extrême minceur des parois sur le pôle supérieur de cette poche, sont des plus difficiles à sentir (Kehrer) ; on remarque, d'autre part, que le cul-de-sac du côté gravide est moins profond que du côté opposé.

Le diagnostic différentiel, dans certains cas, est à faire avec le kyste de l'ovaire ou le fibrome. Il est, d'ailleurs, des plus délicats quand il s'agit d'une rétention du fœtus dans la cavité de la corne, depuis longtemps. Nous en avons vu un exemple dans le cas de Natanson. La femme a ses règles. Elle ressent des douleurs dans l'abdomen depuis près d'un an. L'examen montre une tumeur qui n'est pas douloureuse. Les mouvements sont un peu limi-

tés. On pense à la possibilité d'un kyste de l'ovaire. On voit que ce n'est guère que par l'interrogatoire très minutieux de la malade, qu'on pourra éviter pareille erreur.

Il en est de même pour le fibrome.

Sur l'examen des pièces anatomiques. — L'erreur consiste à ne pratiquer qu'un examen superficiel qui est à lui seul insuffisant pour s'apercevoir qu'il ne s'agit pas d'une grossesse interstitielle par exemple, mais bien d'une grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire.

D'après Küssmaul, on se trouve en présence d'un utérus unicorne qui est, le plus souvent, hypertrophié, en déviation, et à côté de lui on constate une tumeur ovalaire ayant l'aspect d'un utérus gravide. Souvent, au niveau du pôle supérieur du sac, on voit une déchirure. L'annexe suit latéralement la tumeur; on trouve très bien son insertion sur le sac. Le ligament rond présente, le plus souvent une hypertrophie considérable, qui fait que dans les derniers mois de la grossesse, il est plus gros que celui de la corne principale. Enfin, on constate une pédicule qui réunit la tumeur avec la corne principale. Cette grossesse se confond avec la grossesse interstitielle. Mais le pédicule de la corne rudimentaire est toujours plus long que celui de la grossesse intestitielle; de plus, il est situé plus bas par rapport à l'insertion de la trompe du côté opposé. C'est surtout, par comparaison de la longueur des trompes de deux côtés, qu'on peut faire le diagnostic différentiel entre la grossesse dans une corne utérine rudimentaire et la grossesse tubaire. Dans celle-ci, en effet, la trompe de Fallope, du côté gravide, est plus courte que celle du côté opposé.

Quant au diagnostic différentiel avec la grossesse ovarienne, il est déjà plus facile; dans ce dernier cas on trouve à la place de l'ovaire un sac; et sur la ligne médiane duquel se trouvent les annexes et le ligament ovarien.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Le pronostic est grave pour la mère jusqu'à 7 mois, à cause de la rupture de la corne; d'après la statistique de Kehrer, la mortalité est de 82, 1 o/o. Le pronostic est plus grave que dans la grossesse extra-utérine, parce que dans la grossesse dans une corne utérine rudimentaire, la rupture se produit plus tard, quand la vascularisation est plus considérable. L'hémorragie est donc plus à craindre et présente une gravité exceptionnelle.

Après 7 mois, le pronostic est meilleur, bien qu'il puisse être assombri par la rupture du sac, ce qu'il faut toujours craindre.

Le pronostic pour l'enfant est très grave. L'opération césarienne peut seule conserver la vie de l'enfant; car il meurt dans le sac non déchiré, ou il meurt après la rupture dans la cavité abdominale.

Aussitôt que le diagnostic est fait, comme dans la grossesse extra-utérine; il faut immédiatement recourir à une opération.

D'après Kehrer, sur 82 cas recueillis par lui, dans 45 cas on a opéré avec succès; 86 o/o, guérison.

Dans 6 cas que nous avons cités plus haut, on a opéré : après l'opération on constate la guérison dans les 6 cas. Dans 5 cas, on fait l'extirpation de la corne rudimentaire, en reséquant le pédicule. Dans le cas de Seregnicoff, on pratique la résection de la corne gravide au-dessous de l'insertion du placenta, puis on fait la suture du reste du sac et on laisse le moignon dans la cavité abdominale.

En cas de grossesse de 8 mois ou plus, avec enfant vivant, l'opération césarienne s'impose, et après on fait l'extirpation de la corne (Kehrer).

RÉSUMÉ

I. — Les cas de grossesses développées dans une corne utérine rudimentaire sont rares; mais importants à connaître, en raison de la difficulté du diagnostic.

II. — Ces grossesses furent longtemps méconnues et considérées à tort, comme des grossesses extra-utérines, ce n'est que depuis les travaux de Küssmaul et Kehrer que l'on a eu trouvé quelques cas dans la littérature médicale.

III. — La grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, communiquant largement avec la cavité utérine principale, se termine par un accouchement normal, dans la majorité des cas.

IV. — Lorsque la corne utérine rudimentaire ne communique pas avec la cavité de la corne bien développée ou lorsque cette communication se fait par un canal trop étroit, la grossesse ne se développe pas toujours d'une façon normale, quant à l'accouchement, il est évidemment impossible.

Plusieurs éventualités peuvent se présenter: la rupture du sac fœtal vers le quatrième ou cinquième mois, avec mort par hemorragie ou péritonite, si l'on n'intervient pas à temps; ou même avec continuation de la grossesse,

le fœtus continuant à se développer dans la cavité abdominale.

La corne utérine prête au développement de l'œuf sans se rompre, la grossesse va à terme, mais le fœtus meurt à ce moment et peut être retenu, sans accidents graves, un temps plus ou moins long.

V. — Le diagnostic différentiel est des plus difficiles. L'erreur la plus commune avec la grossesse extra-utérine est la moins importante, parce que, dans les deux cas, la conduite thérapeutique est la même. Ce diagnostic à faire en outre avec le kyste de l'ovaire ou le fibrome.

VI. — Le traitement est, avant tout, chirurgical. La laparatomie est indiquée. Elle sera suivie de l'extirpation totale de la corne rudimentaire gravide; si l'enfant vivant est viable, on l'extraira par l'opération césarienne, avant de pratiquer l'extirpation.

Vu : Le Président de thèse,

RIBEMONT-DESSAIGNE.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Abel : *Archivs. f. gynœc.* 1893.

Barbier : *Province médicale.* Lyon 1882.

Bekmann : *Zeitschrift f. Geburt u Gynœc* 1896.

Chirié et Fourmestraux : *Bulletin de la société d'obstet. de* Paris 1906.

Conrad : *Journal de chirurgie.* Bruxelles 1906.

Frank Washburn : *Annals of gynecologie and Pédiatry.* Boston. 1905.

Frommel : *Journal giénskia boliesni* 1890.

Fruhinsholz : *Revue prat. d'obst. et pœdiatrie* 1906

Gummert : *Centralb f. Gynœc. Leipzig* 1897.

Himmerfarb : *Münich med. Woch.* 1890.

Hœpfe : *Münich. med. Woch.* 1895.

Kaltenbach : *Archiv. f. Gynœ.* 1884, *et Central. f. Gynœc.* 1883.

Karl Ruge : *Zeitschrift f. geburt u. Gyn.* Bd. II, 1878.

Kehrer : *Thèse d'Heidelberg* 1899.

Kussmaul : *Malformations de l'utérus* 1859.

Massen : *Vrach* 1888.

Natanson : *Travaux de la Société gyn. de Moscou* 1904, p. 128.

Ott : *Vrach,* N. 49. 1898.

Pinard : Clinique obstétricale 1897.

Ribemont-Dessaignes et Lepage : *Précis d'obstétrique,* 6e édit. 1904.

Rokitansky : Handbuch d. pathol. Anatomie, Wien 1842, Bd. 3.

Sænger : *Central. f. Gynœc.* 1883.

Schroeder: *Münich mediz. Woch.* 1899.

Scheffzeck: *Archiv. f. Gynæc.* 1907, p. 420.

Sereginkoff: *Travaux de la Société gynæc. de St-Pétersbourg.* 1898, T. VII.

Sklifossovski: *Vrach.* mai 1889.

Tarnier et Budin: Traité d'accouch. Tome II, 1886.

Walther-Hannes: *Monatsschrift f. Geburt. u. Gynæc.* 1905, page 356.

Warin: *Thèse de Paris* 1899.

Wiener: *Breslau. Archiv. f. Gynæc.* 1885.

Wehle: *Centralb. f. Gynæc* 1894.

Winter: *Zeitschrift f. Geburt u. Gynæc.* 1892.

Werth: *Archiv. f. Gynæc.* Bd. XVII 1881.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.